Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten geb. am
	Kostenträgerkennung / Versicherten-Nr. / Status
	Betriebsstätten-Nr. / Arzt-Nr. / Datum

☐ Unfall, Unfallfolge

☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit

☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☐ **voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung** ☐ **vor-/nachstationäre Behandlung**

b) ☐ **anderer Grund**, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen ***(vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)***

c) **hochfrequente Behandlung** ☐ Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall ***(Begründung erforderlich)***

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung** ☐ Merkzeichen „aG", „Bl", „H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 ☐ vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate ***(Begründung erforderlich)***

Begründung _____

e) ☐ **anderer Grund**, der Fahrt mit KTW erfordert ***(z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)***

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am T T M M J J / ☐ x pro Woche, bis voraussichtlich T T M M J J

Behandlungsstätte ***(Name, Ort)***

_____

3. Art der Beförderung

☐ Taxi/Mietwagen: ☐ Rollstuhl ☐ Tragestuhl ☐ liegend

☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

_____

☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere _____

Sonstiges ***(z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)***

_____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

MUSTER